Onay formu

Diş kliniği

İşletme adı

HASTA DETAYLARI

Tam ad

Telefon numarası

E-posta

Doğum tarihi

ONAYLIYORUM Kİ

- ☐ Tıbbi soruları doğru bir şekilde yanıtladım ve herhangi bir değişikliği bildireceğim.
- ☐ Diş hekimi önerilen tedaviyi, alternatifleri, riskleri ve maliyeti açıkladı.
- ☐ Gerekli olduğunda lokal anesteziyi kabul ediyorum.
- ☐ Tedaviden önce onayımı istediğim zaman geri çekebilirim.

İşletmenin bu formdaki bilgileri hizmet sağlamak ve yasanın gerektirdiği süre boyunca saklamasına izin veriyorum. Verilerimi görmek, düzeltmek veya silmek için istediğim zaman talepte bulunabilirim.

Hasta imzası

Uzman imzası

Tarih

agendessa.com'dan şablon. Başlangıç noktasıdır, hukuki veya tıbbi tavsiye değildir.